9

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marin-Craciun PARVU

Docteur en Médecine de la Faculté de Bucarest, en 1907

LE TRAITEMENT

DE LA

SYPHILIS CARDIO-VASCULAIRE

Président : M. VAQUEZ, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TRAVAUX DU DOCTEUR PARVU

(Faits à l'Institut Pasteur et dans les Hôpitaux de Paris, service des docteurs Vaquez, Lejars, Béclère, Mathieu, Rist, Laubry, Demoulin, etc.).

1. *Le séro-diagnostic de la syphilis* (*Tribune médic.*, 12 sept. 1908, p. 568).
2. *Réaction de Bordet-Gengou dans les helminthiases.* En collaboration avec M. Weinberg (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 17 octobre 1908, p. 298).
3. *Pouvoir phagocytaire des globules blancs et indice opsonique dans la leucémie myélogène* (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 21 novembre 1908, p. 480).
4. *Le diagnostic de l'échinococcose par la recherche des anticorps spécifiques.* En collaboration avec M. Weinberg, 1re note (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 5 décembre 1908, p.).
5. *La réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques chez l'homme.* En collaboration avec M. Ch. Laubry (Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Soc. méd. des Hôp. de Paris.* Séance du 18 décembre 1908).
6. *Le diagnostic de l'échinococcose par la recherche des anticorps spécifiques.* En collaboration avec M. Weinberg, 2e note (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 19 décembre 1908, p. 644).
7. *Diagnostic de la nature syphilitique de certaines cirrhoses du foie par la séro-réaction de Wassermann ; recherches comparées des anticorps dans le sérum et l'ascite.* En collaboration avec M. Esmein (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 25 janvier 1909, p. 159).
8. *Recherches parallèles des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum des malades atteints d'échinocoçcose.* En collaboration avec M Ch. Laubry (Extrait

des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 20 mars 1909, p. 467).

9. *La réaction de fixation dans le kyste hydatique*, en collaboration avec M. Lejars (Soc. de Chirurgie, 24 mars 1909).
10. *Recherches sur le pouvoir phagocytaire des polynucléaires éosinophiles*. En collaboration avec M. L. Nattan-Larrier (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 3 avril 1909, p. 574).
11. *Sur l'arrêt des anticorps hydatiques au niveau du placenta*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Extrait des comptes rendus de la Soc. de Biologie, 1er mai 1909, p. 703).
12. *La réaction de Wassermann dans les anévrismes de l'aorte*. En collaboration avec M. Laubry (Soc. de Biologie, 8 mai 1909).
13. *Solubilité de l'antigène échinococcique dans l'alcool. Simplification de la méthode du séro-diagnostic des kystes hydatiques* (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 15 mai 1909, p. 767).
14. *Artério-sclérose généralisée de l'artère pulmonaire*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Société méd. des Hôp., 25 juin 1909).
15. *Les états anémiques ; leur indice opsonique, leur valeur phagocytaire*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie 26 juin 1909, p. 1080).
16. *La réaction de Wassermann au cours de quelques affections cardio-vasculaires*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 3 juillet 1909, p. 48).
17. *Nouveaux documents sur la réaction de fixation dans le kyste hydatique*. En collaboration avec M. Lejars (Société de Chirurgie, 7 juillet 1909).
18. *La valeur de l'éosinophile chez les malades porteurs de « Filaria Loa »*. En collaboration avec M. Nattan-Larrier (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, n° 11 novembre 1909).
19. *Sur les propriétés des anticorps spécifiques de l'échinococcose* (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 4 décembre 1909, p. 659).
20. *Indice opsonique et valeur phagocytaire dans la leucémie aiguë*. En collaboration avec M. G. Foy (Extrait des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 12 février 1910, p. 244).
21. *Indice opsonique et valeur phagocytaire dans la leucémie*

aiguë. En collaboration avec M. G. Foy (*La Tribune médicale*, 19 février 1910, p. 117).

22. *Kyste hydatique de la rate et polyglobulie*. En collaboration avec MM. Rist et Kindberg (Société médicale des Hôp., 15 avril 1910).

23. *Enorme kyste hydatique suppuré du foie à évolution anormale. Réaction de fixation positive* (Opération, guérison), En collaboration avec M. Caillè (Extrait de *la Tribune méd.*, 17 sept. 1910).

24. *Syndrome méningé avec lymphocytose rachidienne d'origine indéterminée*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 21 oct. 1910).

25. *Un cas de kyste hydatique du foie avec réaction de fixation négat. Nouvelles recherches sur les propriétés de l'antigène, et la production des anticorps hydatiques*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Extrait de *la Trib. méd.* du 19 novembre 1910).

26. *La persistance des anticorps hydatiques en rapport avec la récidive des kystes*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Société de Biologie, 8 juillet 1911).

27. *Diagnostic des kystes hydatiques du cerveau par la recherche des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien*. En collaboration avec MM. Th. Legry et Abel Baumgartner (*La Presse méd.*, 4 novembre 1911).

28. *Océanographie. La défense naturelle des rochers contre l'action destructive de la mer* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, séance du 5 févier 1912, p. 401).

29. *Considérations sur un cas d'anémie pernicieuse à mégaloblastes*. En collaboration avec M. Fouquiau (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, n° 2, février 1912).

30. *Considérations sur la réaction de fixation et sur le kyste hydatique suppuré* (Extr. des comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie, 16 mars 1912, p. 462).

31. *Sur la nature et l'évolution de la tachycardie paroxystique à propos d'un cas de tachycardie auriculaire*. En collaboration avec M. Ch. Laubry (Extr. *des Bulletins et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séance du 24 mai 1912).

32. *Un cas de sporotrichose de de Beurmann et Gougerot*. En collaboration avec M. Decloux (Ext. des *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séance du 31 mai 1912).

33. *La constante uréique chez les hypertendus*. En collaboration avec M. Ch. Aubertin (Soc. de Biologie, 21 déc. 1912).

34. *La chorée du cœur.* En collaboration avec M. Ch. Aubertin (Ext. de la Soc. méd., n° 8 du 25 janvier 1913).
35. *Traitement de la leucémie par le benzol.* En collaboration avec M. Ch. Aubertin (Soc. méd. des Hôp., séance du 23 mai 1913).
36. *Occlusion intestinale spasmodique, constatée par laparatomie symptomatique d'une crise de coliques néphritiques.* En collaboration avec M. Huguier (Soc. des chirurgiens de Paris, juillet 1913).
37. *Résistance globulaire et piroplasmose canine.* En collaboration avec M. Nattan-Larrier (*Bulletin de la Soc. de Pathologie exotique*, 11 octobre 1911, p. 52).
38. *Sur le traitement de la dysenterie amibienne par l'émétine.* En collaboration avec M. Laubry (*La Médecine moderne*, n° 5, mai 1914).
39. *Comment recueillir le sang pour éviter les erreurs dans le séro-diagnostic et spécialement dans la réaction de Wassermann* (*Archives des maladies du cœur*, n° 9, novembre 1915).

En préparation : *Considération sur un cas de bigéminisme auriculaire en rapport avec le pouls lent.*

A LA DOUCE MÉMOIRE TOUJOURS VIVANTE
DE MON TRÈS CHER PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur VAQUEZ

Toute ma reconnaissance, ma grande affection et ma profonde admiration.

Au Docteur LAUBRY

Médecin des Hôpitaux

Dans les limites du possible permettez-moi, mon cher maître, de vous remercier de l'intérêt matériel et moral et de l'affection que vous m'avez toujours montrée. Soyez assuré de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT PASTEUR

LE DOCTEUR ROUX

et

Elie METCHNIKOFF

In memoriam

LE TRAITEMENT

DE LA

SYPHILIS CARDIO-VASCULAIRE

CHAPITRE PREMIER

NOS MÉTHODES DE TRAITEMENT

Nous ne nous proposons pas dans ce chapitre d'énumérer les méthodes de traitement spécifique qui ont été préconisées dans le traitement de la syphilis cardio-vasculaire. Nous voulons dire là, comme dans les autres chapitres ce que nous avons fait, les méthodes que nous avons presque exclusivement employées et pourquoi nous nous sommes renfermé dans cet exclusivisme.

MM. Vaquez et Laubry ont rappelé que les méthodes anciennes de traitement spécifique des aortites étaient insuffisantes, quels que fussent les résultats déjà intéressants qu'on enregistrait à leur actif. Parmi elles, les frictions seules, méritent une certaine mention, mais c'est une méthode incertaine, aveugle, mal acceptée et qui pour ces motifs, devait tomber en désuétude. Reste seul à notre disposition, l'emploi

des injections de sels mercuriels ou l'usage du salvarsan et de ses dérivés.

Injections mercurielles

Dans une syphilis viscérale et en particulier dans celle qui nous occupe il faut satisfaire à deux conditions primordiales : 1° frapper fort et rapidement et 2° ménager la tolérance du sujet et compter avec les facultés d'élimination rénale, qui souvent sont restreintes. C'est dire que les injections mercurielles insolubles doivent la plupart du temps être éliminées et pour notre part nous n'y avons jamais recours.

Notre choix devant ainsi se fixer sur les injections solubles nous sommes en présence de deux voies d'entrée : la voie intramusculaire et la voie intraveineuse. Loin de nous la pensée de nier l'efficacité de la première de ces méthodes couramment employées et qui a pour elle sa technique facile à la portée de tous et à la discrétion du malade. Nombre de médecins pour ces raisons y demeurent fidèles et nous n'ignorons pas les succès légitimes qu'elle offre à son actif. Mais elle a contre elle, quoi qu'on en dise l'inconvénient d'être douloureuse ; on voit quelques malades la subir avec résignation et même sans plainte. Mais elle constitue pour d'autres un véritable supplice, alors même qu'on associe la préparation avec une certaine quantité d'anesthésique (stovaïne et cocaïne). Cet élément est à considérer dans une affection où le principal symptôme à cal-

mer est ordinairement de violentes douleurs angineuses, susceptibles d'être réveillées par la moindre excitation nerveuse. Pour nous, ces injections sont un pis aller et ne doivent être réservées qu'aux cas où le médecin ne connaîtrait pas la technique intraveineuse, ou que les veines du malade seraient vraiment inaccessibles. Mais cette dernière éventualité, nous ne l'avons jamais rencontrée.

Nous employons donc exclusivement les injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre et nous n'avons jamais observé le moindre accident local et général. Ceci mérite explication.

Accident local. — Avec une certaine habileté on peut et on doit l'éviter.

En ayant soin d'user d'aiguilles en platine et bien perméable, en s'assurant de la pénétration et du séjour dans la veine par un léger mouvement répété d'aspiration, qui fait sourdre un filet de sang assez visible et sous pression, en ne provoquant aucune sensation douloureuse dans le léger mouvement de propulsion du liquide, on est sûr de ne se heurter à aucun mécompte. L'aiguille ne doit pas dépasser 2 centimètres de longueur sur 6/10 d'épaisseur.

Le bras du malade doit être d'ailleurs tenu dans une immobilité absolue, et mieux vaut renoncer à une injection, que la faire en dehors des précautions capitales que nous venons d'invoquer. Après la piqûre on relèvera le bras pour faciliter la circulation du cyanure, et on exercera sur l'endroit piqué avec le même tampon qui a servi à désinfec-

ter, une forte pression pour que le sang ne suinte pas à travers le trou veineux ; cette éventualité arrive surtout en cas d'artério-sclérose prononcée. S'il y a stase veineuse on injectera doucement.

La technique des injections intraveineuses est d'ailleurs une question d'entraînement, de rapidité et avec une certaine habitude la veine peut être atteinte, sans qu'il soit nécessaire de la gonfler par une compression en aval. Dans la plupart des cas nous arrivons à pouvoir ainsi procéder.

Accidents généraux. — On prétend généralement que le cyanure d'hydrargyre est souvent mal toléré et donne lieu à des accidents d'élimination en particulier d'élimination intestinale, se traduisant par des coliques, des douleurs abdominales violentes, de la diarrhée, des selles fréquentes et souvent des hémorragies. Nous n'avons jamais vu des accidents aussi dramatiques, et nous pensons qu'il suffit de les connaître pour les éviter. Nous tâtons toujours la susceptibilité du malade par une faible dose (0 gr.005), nous augmentons progressivement jusqu'à 1 centigramme, dose qu'il nous semble inutile de dépasser et nous espaçons davantage les injections si nous sentons le moindre retentissement abdominal. Ce dernier ne se produit qu'avec les premières piqûres, rarement si on procède avec prudence. Il est très facilement combattu, soit par un régime un peu plus sévère, soit par quelques préparations opiacées : laudanum ou opium.

Nous donnons toujours à nos malades des cachets ainsi préparés :

Bicarbonate de soude.....	à 0 gr. 50
Magnésie calcinée.....	
Poudre d'opium.....	5 centigr.

dont il doit user à la moindre alerte, et qui le garantissent contre tout accident.

La tolérance des parois veineuses est remarquable et se prête à des séries de piqûres pendant des années. Chez un médecin nous avons pu faire jusqu'à 30 injections, sans remarquer la moindre induration scléreuse de la veine et sans provoquer la moindre douleur. Un de nos malades a pu subir 5 à 6 séries de 12 injections avec la même inocuité. Il est inutile de dire que telle méthode d'introduction du médicament exclue toutes les autres.

Injections arsenicales

Nous avons tour à tour employé les injections de salvarsan et de néosalvarsan.

Pour les premières, nous avons eu recours à la préparation extemporanée soluble dans une certaine quantité de sérum avec neutralisation de la solution. Comme nous n'avons jamais dépassé certaines doses, préférant multiplier les injections sans augmenter les quantités de médicament injecté (0,15 à 0,30), nous nous contentions d'une dilution dans 100 centimètres cubes de sérum.

Malgré cette restriction et les avantages du médicament très bien exposés par MM. Vaquez et Laubry, nous pensons que l'introduction de cette quantité de

liquide relativement assez considérable, n'était pas sans inconvénient pour un système circulatoire mal équilibré. Aussi malgré les avantages réels et une efficacité non douteuse, avons-nous donné la préférence au néosalvarsan qui offre maintenant l'avantage de pouvoir être administré, sous un volume presque aussi restreint que les injections de cyanure.

En effet, après avoir dissous le néosalvarsan dans 10 centimètres cubes d'eau, et avoir, sans inconvénient, pratiqué les injections intraveineuses à cette dose, nous avons peu à peu diminué la quantité de liquide, arrivant ainsi de nous-même à la technique préconiée par Ravaut, et qui simplifie à la fois les procédés de préparation et d'injection. Nous puisons 2 centimètres cubes d'eau distillée et chauffée que nous introduisons dans le tube renfermant le novarsenobenzol et nous opérons la dilution, avec un maximum de garanties dans l'ampoule stérile qui contient le médicament. En quelques secondes, surtout à la faveur d'un chauffage très modéré (emploi d'eau stérilisée tiède), la dissolution complète est obtenue prête à être de nouveau recueillie et injectée.

Comme pour le salvarsan, nous préférons ne pas dépasser certaines doses, et nous commençons, suivant en cela la technique de Lerrede, par des doses très faibles augmentant à chaque injection de 5 et 10 centigrammes. Mais, contrairement à lui, nous croyons inutile de dépasser les doses moyennes

de 45 et 60 centigrammes. Cette prudence nous a évité des réactions violentes et malencontreuses et conséquemment les précautions judicieuses qu'indique Lerrede et notamment d'opérer une certaine régression en présence d'accidents.

Traitement mixte

Sans aborder ici les indications spéciales qui nous font préférer tantôt l'une, tantôt l'autre, des grandes médications spécifiques ci-dessus énumérées, et qui seront discutées dans les chapitres ultérieurs, nous devons mentionner la préférence que nous accordons à la combinaison systématique de ces deux méthodes. La plupart du temps nos malades sont soumis à un traitement arsenical progressif et dans l'intervalle du néosalvarsan reçoivent, tous les deux jours ou tous les jours une injection de cyanure. En tout cinq à six de néosalvarsan et 10 à 12 injections de cyanure, constitue une série extrêmement efficace qu'on pourra renouveler à des intervalles plus ou moins éloignés, de 4 à 6 mois dans les premières années de la maladie.

Traitement ioduré

Nous n'avons jamais négligé l'adjonction des préparations iodées, dans le traitement anti-syphilitique. C'est être excessivement maladroit que de les négliger. Elles sont un adjuvant précieux des médi-

cations précédentes, et nous les avons employées tantôt sous forme de préparations iodurées ou iodo-bromurées lorsqu'elles étaient bien tolérées au point de vue digestif, ou au point de vue général (accident d'iodisme), tantôt, et de préférence sous forme d'injections de solution huileuse concentrée d'iode, dont le lipiodol constitue le spécimen français par excellence. Nous associons volontiers aux injections intraveineuses de cyanure des injections bi-quotidiennes de lipiodol de 2 centimètres cubes, parfaitement tolérées et généralement facilement absorbable.

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT DES AORTITES SYPHILITIQUES

A) INDICATIONS GÉNÉRALES DE TRAITEMENT DES AORTITES

Il est assez difficile de préciser les indications générales du traitement des aortites. On peut dire néamoins que, quel que soit le degré de l'aortite, l'ancienneté des accidents spécifiques initiaux, les complications auxquelles elle donne lieu, le traitement syphilitique s'impose toujours, mais l'urgence du traitement, son opportunité, son intensité, la nature du médicament à employer varie avec les cas particuliers.

D'une part, chaque sujet, selon une loi bien connue dans le traitement de la syphilis, relève d'une médication spéciale pour lequel il a une affinité propre. Notre maître Laubry a plusieurs fois insisté sur ce point, et nous l'avons à plusieurs reprises vu nous-même que, telle aortite obéira davantage à tel sel mercuriel, tel autre au salvarsan et à ses dérivés, tel autre au traitement iodé. Mais c'est souvent là, affaire d'empirisme et le problème thérapeutique ne

pourra être résolu parfois qu'après une ou plusieurs interventions inefficaces, et après des tâtonnements qui finiront, pour peu qu'on ait une certaine habitude, par aboutir à un résultat satisfaisant.

D'autre part, la conduite du traitement devrait être subordonnée à l'état du myocarde, à sa capacité fonctionnelle, au symptômé d'insuffisance cardiaque, qui devrait être tant au point de vue subjectif qu'objectif envisagée avec soin. Nous ne pouvons à cet égard que donner des indications générales, et essayer un classement assez arbitraire mais, néanmoins assez suffisant, des éventualités en présence desquelles on peut se trouver.

1° La plus fréquente de celles-ci, le cas pour ainsi dire classique, concerne l'aortite avec ou sans anévrisme, car nous n'envisageons l'anévrisme que comme un état anatomique plus particulier du groupe très compréhensif des aortites, ne se révélant que par leurs symptômes propres, c'est-à-dire par leurs signes fonctionnels douloureux, ou de compression ou par leurs signes cliniques et radioscopiques. Dans ces cas, le cœur semble ne pas souffrir, et ses seules modifications objectives n'impliquent qu'un heureux travail de compensation. Le sujet est par ailleurs robuste et résistant, aucune hésitation n'est possible et le traitement intensif peut être institué d'emblée sans hésitation et poursuivi jusqu'aux limites de la tolérance ;

2° A ce groupe on peut rattacher une série d'autres cas où quelques symptômes d'alarme peuvent faire

soupçonner une certaine souffrance du myocarde, mais qui nous paraissent sans inconvénient et sans influence sur la conduite générale du traitement. Telles sont les arythmies d'excitabilité comme l'extrasystole, qu'elle soit sporadique, c'est-à-dire survenant sous forme d'intermittence, isolées et rares, ou même qu'elle soit vraiment épisodique et se traduisant par quelques crises brèves de tachycardie paroxystique. Toutefois il faudra se demander si le traitement n'a pas sur l'apparition de ces incidents, une influence étiologique menaçante, ce qui serait une raison, non pour l'interrompre mais pour en varier le mode et en diminuer l'intensité ;

3° Dans d'autres cas, le cœur mêle sa note indubitable à la symptomatologie des aortites : dyspnée d'effort, asthme cardiaque, assourdissement des bruits, extrasystoles, distension modérée des cavités, augmentation anormale des diamètres, indiquent qu'on est en présence d'une sclérose cardio-vasculaire, d'une syphilis cardio-vasculaire frappant à la fois l'aorte et l'organe central de la circulation. C'est souvent dans ces cas, qu'une hypertension artérielle manifeste, accompagnée d'un bruit de galop ou de tout autre signe d'insuffisance ventriculaire gauche, indique une généralisation du processus morbide à tout l'arbre circulatoire. Il importe de ne pas entreprendre le traitement, sans faire parallèlement une médication symptomatique opportune. Les toniques cardiaques à doses modérées et répétées à des intervalles assez éloignés (spartéine et strophantine), la

médication déplétive et hypotensive (théobromine, nitrite), le régime spécial et sévère en constituent les éléments indispensables. Le traitement spécifique lui-même doit être éclectique et mesuré. Il nous a semblé que ces sujets retirent plus d'avantages de la médication mercurielle et iodurée, que de la médication arsenicale. Toutefois, nous ne posons pas ces impressions tirées de notre grande pratique, comme une loi qu'on ne saurait transgresser. Mais alors, si l'on est obligé de tenter la médication arsenicale, il faut le faire avec une extrême prudence, en tenant compte des moindres réactions, en commençant par des doses minimes (0,05 à 0,10), en n'augmentant que très lentement par cinq centigrammes et en ne dépassant pas 25 à 30 centigrammes.

Il nous a semblé que ces cas d'intolérance souvent graves, portés au passif du salvarsan et de ses dérivés, concernaient des malades à myocarde assez atteint et surtout ceux chez lesquels l'état antérieur du foie appelle sur cet organe une congestion passive en rapport avec cette insuffisance (paludisme surtout) ;

4° Enfin on peut se trouver en présence d'une aortite se compliquant d'accidents cardiaques et définitifs. Le malade est en état ou en imminence d'asystolie et la question se pose de savoir si dans cet état de déchéance avérée, le traitement syphilitique est encore de rigueur. Nous avons l'habitude de répondre qu'à moins de cachexie cardiaque, aucune contre-indication ne peut être formulée au traitement spé-

cifique, que dans une insuffisance cardiaque d'origine syphilitique, c'est-à-dire relevant d'une affection dont l'évolution ne cesse jamais, la guérison ou l'amélioration ne peut être attendue, ou certainement l'amélioration restera toujours douteuse, si l'on néglige la cause toujours présente. Un traitement purement cardiaque pourra donner des semblants de satisfaction, mais ne saurait donner davantage et écarter une infection qui ne relève pas de lui. Il y a donc indication formelle à le combiner avec le traitement spécifique. Les mêmes réserves et les mêmes précautions seront de rigueur, mais l'intermittence dans le traitement, la sélection dans la médication spécifique ne signifient pas l'abstention. Certes il s'agit là d'une intervention qui ne sera pas suivie de succès brillants, mais il conviendra d'attribuer l'échec de la thérapeutique à la gravité des lésions et non au mode de traitement.

Aux toniques cardiaques sus mentionnés, il faudra adjoindre des cures lactées souvent prolongées et, des cures digitaliques intensives et c'est à la faveur du bien-être passager que procure ordinairement cette double médication, qu'on essaiera d'en obtenir la prolongation et quelquefois le maintien. Il suffit que nous ayons enregistré quelques succès impressionnants chez de tels malades, pour nous croire autorisé à formuler avec foi de telles indications.

C'est en nous basant sur la classification que nous venons d'esquisser, dans laquelle nous avons fait jouer au myocarde le rôle principal, que nous allons exposer nos résultats.

B) LES EFFETS DU TRAITEMENT DANS LES AORTITES

Comme nous n'avons pas en vue dans ce travail la supériorité de telle ou telle médication spécifique, dans leur mémoire fondamental, MM. Vaquez et Laubry se sont attachés à poursuivre ce but et ils ont suffisamment fourni la preuve que dans leur effet les médications arsenicales et mercurielles avaient une valeur sensiblement égale. Nous profitons de leur enseignement et nous répétons que nous avons surtout en vue d'obtenir le plus rapidement possible, le maximum d'effet par la combinaison de deux médications, que nous avons systématiquement appliquées à tous nos malades, sauf de très rares exceptions et, sauf des contre-indications d'espèce sur lesquelles nous avons déjà insisté. Nous grouperons nos observations surtout d'après l'importance des résultats et nous nous attacherons à ne donner que ceux de notre pratique personnelle.

Premier groupe.—Dans ce premier groupe nous réunissons nos observations ayant trait à des malades atteints d'aortite spécifique, avec troubles fonctionnels, accès angineux graves, ayant cédé d'une façon plus ou moins durable au traitement.

1er Groupe. — **Aortites sans anévrismes. — Troubles fonctionnels purs (angine de poitrine symptomatique.)**

Obs. I. — M. C. B..., quarante-six ans, chancre mixte à vingt-cinq ans, maux de têtes nocturnes. Depuis deux ans névralgies de la nuque, angoisses au milieu de la nuit, douleurs dans le bras gauche, douleurs en barre précordiale. Examen à l'écran : aorte et cœur de dimensions normales, mais l'aorte est sombre et sinueuse.

Après une série d'injections de cyanure combinées avec le néosalvarsan les troubles cardio-aortiques ont disparu.

Obs. II. — M. Louis Bl.., cinquante-deux ans, se plaint d'essoufflement et douleurs précordiales provoqués par l'effort ou la marche, crises subites extrêmement douloureuses ; Wassermann positif.

Examen radioscopique. — Aorte 2,4 ; cœur normal ; tension artérielle normale ; rien à l'auscultation.

Après un traitement de cyanure et néosalvarsan les crises douloureuses ont disparu,

Un deuxième examen radioscopique a donné les mêmes dimensions qu'avant le traitement.

Obs. III. — M. M..., soixante ans. Il y a deux ans les crises douloureuses précordiales ont commencé avec irradiations dans la nuque. Ces crises sont devenues fréquentes et provoquées aussi bien par l'effort que surtout par la fatigue et l'émotion. Spécificité avouée. Rien à l'auscultation, à

l'écran : cœur et aorte de dimensions normales. L'aorte est sombre et sinueuse, 2,3, cœur 12,2.

Après le traitement mixte très grande amélioration et disparition des crises.

Cœur : 11,6. Aorte : 2.

Obs. IV. — M. M..., soixante-quatre ans, chancre induré à dix-neuf ans, présente actuellement des crises angineuses tout à fait typiques, qui surviennent après le repos, la marche, l'effort ou l'émotion. Amaigrissement de 10 kilos. Tension 13,9.

Après deux séries de traitement mixte cyanure et néosalvarsan les crises ont disparu, le malade a repris 6 kilos.

L'examen radioscopique aussi bien avant le traitement qu'après montre à peu près les mêmes diamètres :

Cœur : 12,5, aorte : 2,4.

Obs. V. — M. A...., cinquante-quatre ans. Chancre induré avec manifestations constaté par le professeur Fournier à l'age de vingt-deux ans. Se plaint de dyspnée d'effort, battements de cœur provoqués par la moindre émotion, angoisses nocturnes. A l'auscultation deuxième bruit prolongé en coup de marteau sans souffle diastolique.

Tension artérielle 20,9 Pouls 120 après l'effort.

Traitement. — Trois séries de 12 injections intra-veineuses de cyanure à 0 gr. 01 et traitement iodo-bromuré.

Ce malade a bénéficié considérablement du traitement

après lequel toute sensation douloureuse ainsi que l'angoisse ont disparu. Le pouls est revenu à 80.

Le malade n'accuse plus de battements de cœur.

Obs. VI. — K..., trente-quatre ans, se plaint de douleurs présternales qui le surprennent en plein travail et souvent au repos ; mais l'allure de ces douleurs est telle que le malade a la sensation d'évanouissement et qu'il ne survivrait pas tellement les crises sont douloureuses. Wassermann positif. A l'auscultation souffle diastolique, les bruits sont sourds, le malade a les mouvements lents, à allure mécanique de peur de réveiller les crises.

L'écran confirme l'examen clinique.

Aorte : 3 centimètres, sombre et sinueuse ; cœur : 13 centimètres.

Après le traitement de cyanure les troubles ont complètement disparu. Le souffle diastolique persiste, considérablement diminué, mais le malade dit se porter admirablement bien.

Commentaires. — Il suffit de lire le résumé que nous avons esquissé à grands traits, pour voir que ces observations sont calquées les unes sur les autres. Alors que l'accès angineux en faisait de véritables infirmes, n'étant calmé par aucune médication symptomatique, on voyait ces sujets revenir à la vie après la troisième ou quatrième injection, reprendre leur activité, devenir insensibles à l'effort. Cette amélioration brutale se continuait sensiblement pendant toute la durée du traitement jusqu'à une guérison

quasi définitive. A vrai dire il est difficile de guérir absolument. A cet accès violent succèdent souvent de petites douleurs, assez frustes mais dont le siège indique suffisamment le caractère et qui constitue des menaces de récidives que le médecin ne saurait trop prendre en considération. Elles sont pour lui un enseignement à ne pas s'en laisser imposer par des apparences trompeuses,et à appliquer systématiquement, alors même que les signes fonctionnels font défaut, une médication qui lui a donné des succès si légitimes. C'est ainsi que les malades dont nous rapportons les observations pour la plupart encore en traitement et grâce à leur persévérance n'ont pas vu le retour de leurs pénibles douleurs. Nous pouvons leur opposer le cas des sujets plus indociles, ou incrédules qui s'en tenant à un premier succès ont négligé un traitement continu et ont payé d'accès souvent mortels leur indifférence ou leur scepticisme coupable. Nous croyons inutile d'illustrer d'autres observations que nous avons eu en notre possession, ce point important du chapitre de la thérapeutique des aortites.

Ces considérations ne font que confirmer celles exprimées par MM. Vaquez et Laubry.

Deuxième groupe. — Ce groupe comprend les aortites caractérisées par un syndrome à la fois fonctionnel et objectif. Celui-ci pouvant être ou clinique ou radioscopique.

2e Groupe. — **Aortite sans anévrisme avec troubles fonctionnels et signes objectifs.**

Obs. I. — M. D..., soixante-cinq ans, se plaint de crises typiques d'angor. Douleurs précordiales provoquées par la marche ou l'effort qui le forcent de s'arrêter. Le malade sent une sensation d'affaiblissement et nous parle avec effroi de ses crises douloureuses avec localisation pré-sternale, La propagation dans le bras manque chez lui.

A l'écran (Dr Bordet). Aorte : calibre 3,7.

Diamètre longitudinal : 13,9.

Diamètre horizontal : 14,8.

Bien que le malade nie toute infection syphilitique et que la réaction de Wassermann soit négative, nous instituons le traitement syphilitique d'autant plus que le malade nous dit avoir tout essayé.

Une série de 12 injections de cyanure avec iodo-bromure, amènent une amélioration considérable, le malade reprend ses occupations.

Obs. II. — M. P..., quarante-huit ans. Aortite avec hypertension se traduisant par essoufflement et douleurs dans le dos. Léger souffle aortique.

Examen à l'écran. Aorte : 3,8, uniformément dilatée sinueuse et assez sombre.

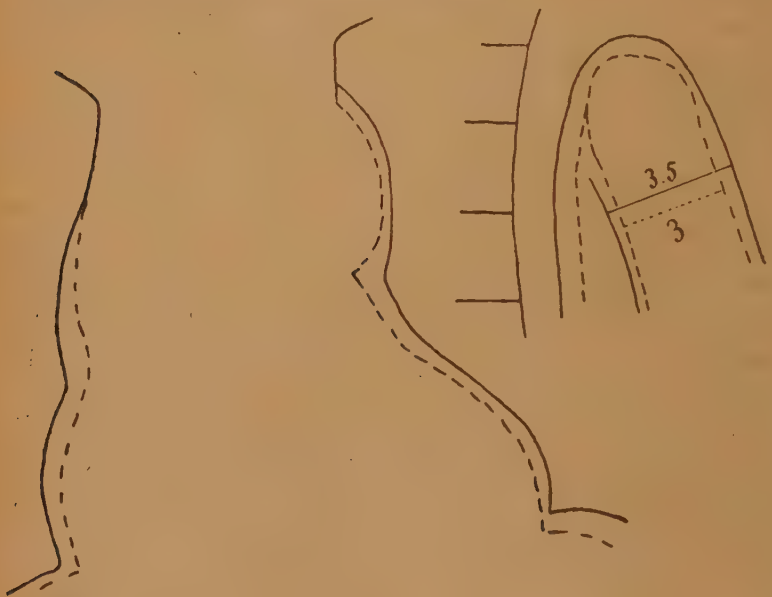
Cœur : augmentation considérable du volume de l'aire ventriculaire, particulièrement du ventricule gauche : 16,8.

Indice : 2,9, ventricule gauche très bombé.

Tension artérielle : 22 systolique, 12 diastolique. De temps en temps nuage d'albumine.

Le malade a très bien supporté le traitement, d'abord une série de cyanure et ensuite cyanure et néosalvarsan, avec amélioration considérable qui permet au malade de vaquer à ses occupations. Plus de crises douloureuses.

Un deuxième examen des rayons montre une diminution notable des diamètres cardio-aortiques.



Obs. IV, M. J... ——— avant le traitement,
——— après le traitement.

Obs. III. — M. J..., quarante-sept ans, présente des crises angineuses typiques avec propagation dans le bras gauche, clangor aortique. Douleurs en manchon de l'avant-bras, douleurs paroxystiques dans l'aisselle gauche avec propagation dans l'angle inférieur de l'omoplate.

Spécificité niée. Wassermann négatif.

Tension 19-20 systolique et 10 diastolique.

Examen à l'écran : hypertrophie des deux ventricules. Diamètre longitudinal 14. Contour gauche bombé, contour droit fortement exagéré et à sa partie inférieure.

Aorte dilatée : 3,5 sombre, visible dans son trajet antéro-postérieur, crosse surélevée.

Tous les traitements symptomatiques ont échoué. Le lipiodol a amélioré les crises. Avec un traitement de cyanure l'amélioration a été considérable.

Un deuxième examen radioscopique montre une diminution du diamètre aortique, et du cœur.

L'aorte mesure 3 c. m.

Obs. IV. — M. D..., soixante ans. Présente des crises angineuses surtout après les repas et lorsqu'il monte des escaliers ou à l'effort. Syphilis niée, mais langue scrotale et leucoplasie avec une forte exagération des réflexes.

Examen à l'écran : Aorte 3, sombre, sinueuse avec dilatation des deux ventricules.

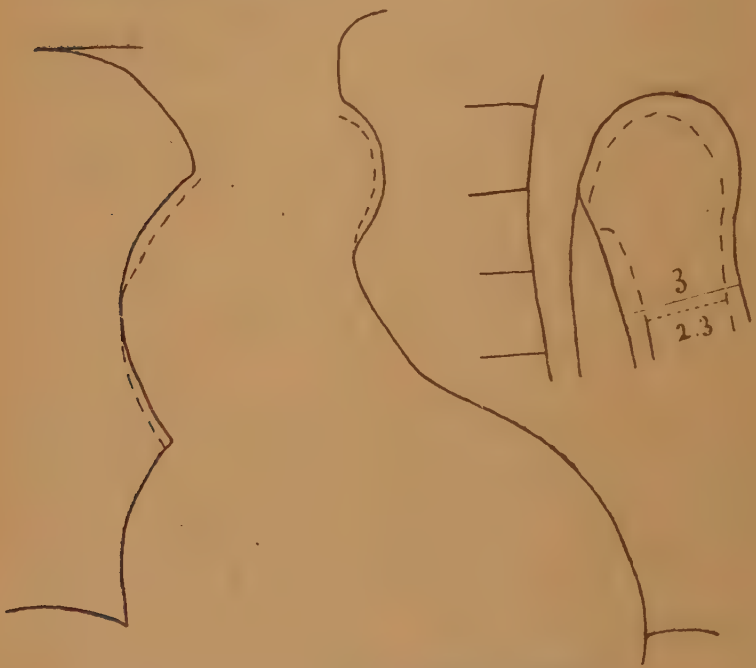
Diamètre longitudinal : 15, ventricule gauche bombé.

Lipiodol et cyanure considérable, amélioration.

Obs. V. — M. L... Aortite en évolution. Le malade accuse surtout une douleur vive dans la région de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, douleurs paroxystiques. Spécificité à vingt ans. Clangor aortique.

Examen à l'écran : Aorte 3 centimètres, sombre et sinueuse. Cœur 14 centimètres, ventricule gauche dilaté et bombé. Tension artérielle : 23 systolique, 10,5 diastolique. Les premières crises angineuses ont débuté en 1918 à l'occasion d'une commotion.

Après un traitement de cyanure et néosalvarsan, nous avons monté jusqu'à 0 gr. 75 de néo, le malade est sorti de l'hôpital presque guéri.



Obs. VI. M. L... ——— avant le traitement.
——— après le traitement.

Un deuxième examen radioscopique, deux mois après son séjour à l'hôpital, montre une aorte de 2,3, c'est-à-dire une régression de presque 1 centimètre.

Obs. VI. — M. R..., cinquante-cinq ans. Roséole à vingt et un ans. Se plaint depuis 1915 de dyspnée d'effort et crises douloureuses provoquées par la marche ou par écarts de régime et maux de tête nocturnes.

A l'auscultation : Deuxième bruit prolongé, clangoreux.

T. A. 21,10.

19 novembre 1918. — A l'écran : Aorte 2,8, opacité marquée. Cœur 13,5.

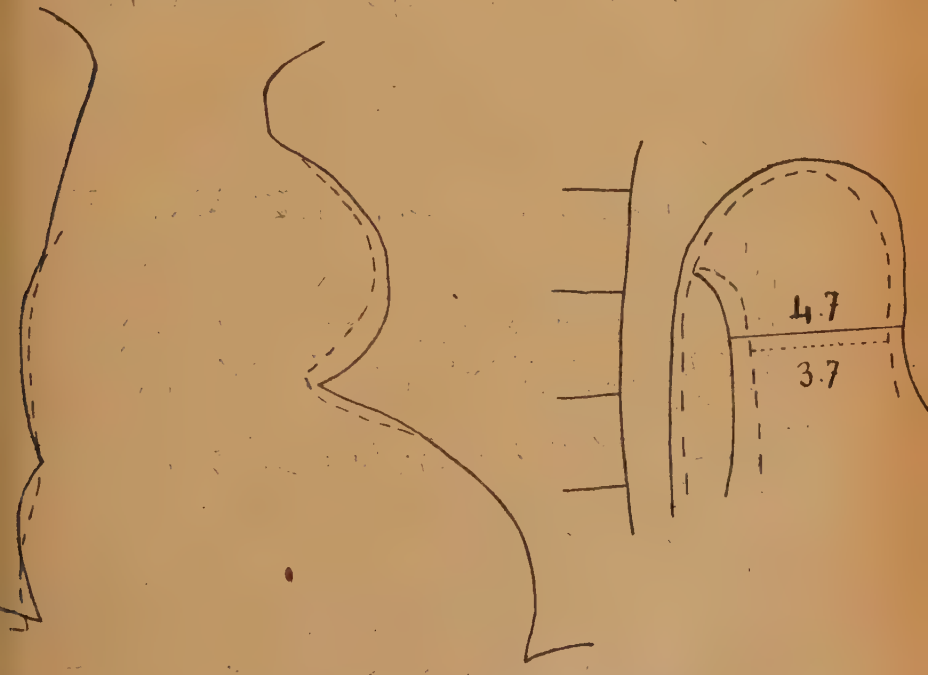
Le 30 mai 1919, après plusieurs séries de traitement mixte, tous les phénomènes subjectifs ont disparu.

Ecran : Aorte 2,4. Cœur 12,9.

Tension artérielle 18,9.

Tous les diamètres ont diminué comme dans l'observation précédente.

Obs. VII. — M. S..., quarante-six ans. Hypertension, aortite, syphilis.



Obs. VII. M. S... ——— avant le traitement. ——— après le traitement.

26 septembre 1913. — Spécificité à quinze ans, accidents de temps à autre. Depuis quelques mois douleurs rétro-sternales et thoraciques.

Examen objectif : tension artérielle 24,9.

Double souffle, base double, souffle fémoral.

Examen radioscopique : aorte 4 cm, 7, cœur 14 cm 5 diamètre longitudinal.

Mars 1914. — Après traitement par 0, 25, 0, 30, 0, 45 de néosalvarsan et deux cures mercurielles, huile grise, disparition des douleurs-Etat subjectif bon.

Examen objectif : tension art. 20/5.

Février 1915. —Depuis l'an dernier trois injections de néosalvarsan : 0, 25, 0, 45, 0, 45. Cures mercurielles avec cyanure intraveineux plus de douleurs thoraciques-nuits bonnes.

Exament objectif : Tension art. 2 /5.

Mars 1915. — Tension art. 20/5 1/2.

Bien, mais battements du côté droit du sternum après nouvelle série du traitement : néo 1 gramme. Cyanure 12.

Janvier 1916. — Pas mal. Tension art. 24/7.

Mars 1916. — Après traitement, très bien, 19/7, double souffle base existe toujours mais moins net.

Traitement : 5 injections néo à 0.30.

Janvier 1917. — 19/6 — très bien, cœur régulier.

Avril 1917. — 19/6 — *Id.* après traitement.

Janvier 1918. — *Id.* 23/8.

Mars 1918. — Bien mieux, 19-20/8.

Janvier 1919. — *Id.* 20-21.

Le dernier examen radioscopique montre uns aorte de 3, 5 et un cœur de 13, 5.

Si dans notre riche collection nous avons choisi les 7 observations précédentes, c'est qu'elles fournissent la preuve objective impartiale de l'efficacité du

traitement. A vrai dire MM. Vaquez et Bordet, en appliquant systématiquement la radioscopie de précision au diagnostic des aortites, avaient ouvert la voie au contrôle thérapeutique. Les images orthodiagraphiques qui illustrent le mémoire de MM. Vaquez et Laubry montrent des résultats indubitables. Les nôtres s'ajoutent à leur liste, mais nous osons le dire ils nous paraissent plus frappants et la régression des dimensions aortiques minutieusement enregistrée par notre ami Bordet, examinant nos malades à des dates éloignées, en dehors de toute suggestion, apparaît véritablement impressionnante. Nous voyons en quelques mois les dimensions de l'aorte passer de 3 centimètres à 2 centimètres, c'est-à-dire une diminution de près de un centimètre. Ces chiffres éloquents sont tout à l'honneur de notre méthode. Nous devons remarquer, que la modification des signes cliniques ne suit pas une marche parallèle en apparence aussi heureuse, que celle des signes radioscopiques. Par ces signes nous comprenons le double souffle si caractéristique, qui impose en absence d'antécédents infectieux non seulement le diagnostic de la lésion mais aussi le diagnostic étiologique. Chez la plupart de nos malades ces stigmates restent indélébiles. Ils indiquent une lésion destructive valvulaire que rien ne peut réparer.

Quand on a affaire à une lésion moins avancée ou moins mutilante, soit que le second bruit persiste avec un clangor spécial, soit que le souffle diastolique n'indique que l'insuffisance récente ou atténuée

il est possible d'enregistrer parallèlement à l'amélioration fonctionnelle concomitante toute amélioration radioscopique ou en dehors d'elle des modifications cliniques heureuses. MM. Vaquez et Laubry en ont cité de rares exemples. Nous-même chez un jeune soldat atteint d'aortite syphilitique dans la deuxième année de sa syphilis nous avons pu voir, le souffle diastolique doux, indubitable, disparaître en quelque mois (2 mois) à la faveur de notre traitement intensif. Ce succès nous permet de croire à la réalité de nos sensations auditives, nous indiquant quelquesfois une atténuation sinon une disparition du souffle diastolique.

3e Groupe. — Aortite et Anévrisme

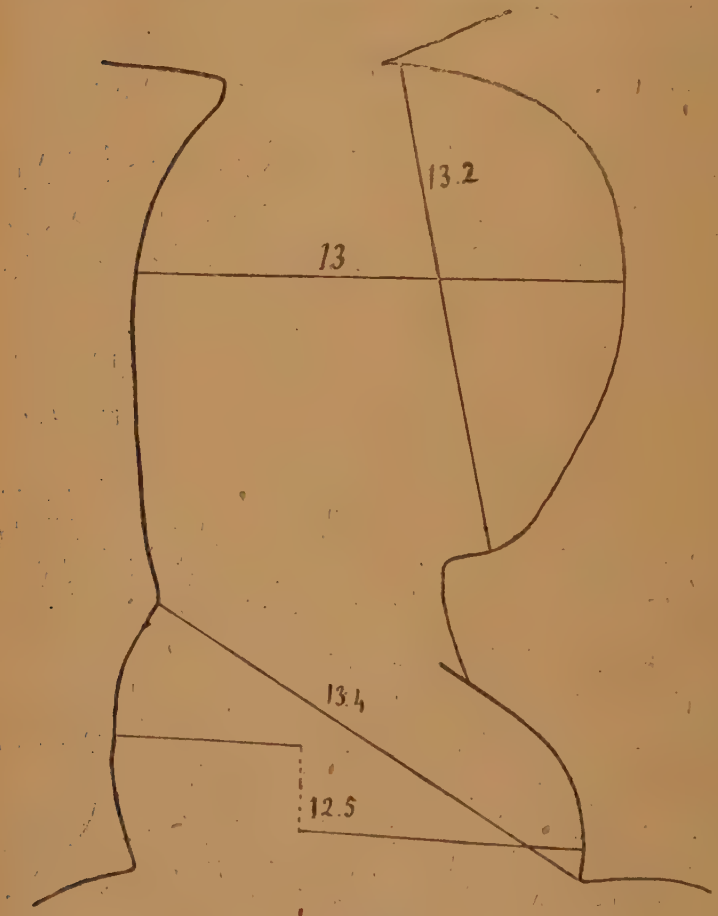
L'accord est aujourd'hui sur la nécessité du traitement spécifique dans les anévrismes. Ce n'est pas que l'on puisse espérer la régression de la tumeur anévrismale sous son influence. Qui dit anévrisme dit artérite compliquée de lésions destructives de la tunique moyenne de l'artère. Cette brèche est forcément irréparable mais ce qu'on peut espérer du traitement c'est l'arrêt sinon la régression du processus syphilitique toujours en action. Les quelques cas signalés pas certains auteurs et notamment par nos maîtres Vaquez et Laubry et dans lesquels des images radioscopiques successives, témoignaient une certaine diminution de la poche anévrismale, nous paraissant être interprétés comme une

régression de la péri-aortite qui accompagne forcément l'ectasie, mais non pas d'une diminution réelle de la poche formée.

C'est en somme une amélioration objective de même sens et de même nature que celle que nous avons enregistrée dans les aortites précédentes, et on ne saurait lui donner une autre signification. Toutefois, cette modification visible ou non à l'écran doit marcher de pair avec une amélioration fonctionnelle. Pour nous, en effet, comme pour de nombreux auteurs nous croyons que la riche symptomatologie qui accompagne la production des anévrismes, n'est pas due à la compression exercée par la tumeur, mais elle est surtout fonction du processus réactionnel qui retentit sur les organes de voisinage, en particulier sur les nerfs médiastinaux. C'est d'ailleurs ce qui explique, qu'il y a une indépendance parfaite entre le volume de l'anévrisme et son expression symptomatique. En conséquence le traitement, alors même qu'il n'exerce sur le volume qu'une influence apparemment douteuse ou nulle, doit sur la symptomatologie, sur les troubles de la voix, sur les douleurs continues ou paroxystiques, sur la dyspnée asthmatiforme, avoir une action d'arrêt manifeste et rendre possible au patient une vie jusqu'alors profondément troublée. On s'en rendra compte dans nos observations suivantes.

Obs. I. — M... D.., cinquante ans, se plaint de douleurs dans le dos, de quintes de toux pareilles aux quintes de

coqueluche, d'essoufflement, la voix bétonale. Wassermann positif. Il nie la spécificité. A l'auscultation bruit de va-et-vient. A la percussion matité « en casque » (très nette).

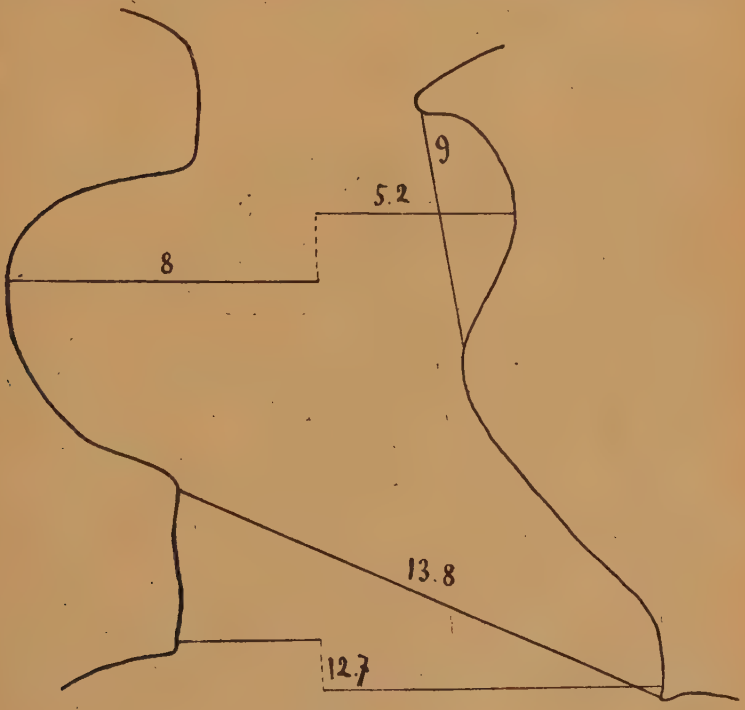


Obs. I. M... D.

A l'écran : tumeur anévrismale de 13 centimètres de diamètre en hauteur. Nous avions nettement l'impression de deux cœurs superposés, le vrai étant plus petit de volume. Diamètre transversal de 12 centimètres.

Ce malade que nous avons suivi pendant neuf ans a supporté le traitement mixte de cyanure et néosalvarsan. Les premières années nous avons fait deux séries par an. L'amélioration a été considérable. Les douleurs angineuses diminuèrent à un tel point que le malade qui était agent-voyer faisait jusqu'à 25 kilomètres par jour sans fatigue et sans douleurs.

Obs. II. — M... P..., trente-cinq ans, se plaint de crises de défaillance et de douleurs précordiales violentes, parfois



Obs. II. M. P...

comme si on lui arrachait les côtes. Pas de spécificité connue. Wassermann positif.

A l'inspection, nous constatons un surélèvement de la paroi

au deuxième et troisième espace intercostal gauche. A la palpation sensation de tumeur pulsatile.

A l'écran: cœur 12 1/2, l'aorte forme une poche de 12 centimètres de largeur, sur 7 cm. 1/2 de hauteur.

Nous avons l'impression de deux cœurs superposés comme dans l'observation précédente, avec cette différence qu'ici la pointe du cœur supérieure se trouverait à droite.

Les trois séries d'injections non seulement ont eu un effet miraculeux sur les crises de défaillance, et sur les douleurs, mais le malade continue à vaquer à ses occupations, sans fatigue ni souffrance, nous le suivons avec le même succès depuis six ans.

Obs. III. — Mme D..., quarante-trois ans, se présente à la consultation de notre maître le Dr Laubry pour de la dyspnée d'effort qui l'empêche de faire le moindre travail. Sensation de constriction, de serrement de la région du larynx. Wassermann positif.

A l'auscultation double souffle à la base qui se propage jusque sous la clavicule des deux côtés.

A l'écran: Ectasie à deux poches : une poche de la portion descendante dans l'angle droit, sa direction principale est à profondeur.

2° Une ectasie avec poche moins volumineuse de la portion horizontale en direction supérieure. Cœur de 15 centimètres avec une énorme ventricule gauche très bombé. Après le traitement la malade qui était immobilisé a repris son travail.

Obs. IV. — M... R..., soixante ans, vint consulter notre maître le Dr Laubry pour des accès d'angine et de la dyspnée qui l'ont pris d'une façon assez progressive quelques mois

auparavant. Etat général satisfaisant, au point de vue local rien de visible, mais à la percussion une matité sous-claviculaire droite, seul symptôme objectif clinique car les bruits du cœur sont normaux. La tension artérielle est normale.

L'examen radioscopique pratiqué par le Dr Laubry lui-même fait apercevoir une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus de la crosse aortique et faisant saillie dans l'hémithorax droit. A la suite de cela le malade avoue que quarante ans avant il a eu un chancre syphilitique. Le malade nous a été adressé par M. le Dr Laubry, en vue d'un traitement continu qu'il suivit pendant trois ans, sans ressentir que de vagues symptômes fonctionnels lui rappelant un peu les grandes douleurs dyspnéisantes du début.

Il continua ses occupations professionnelles d'une façon ininterrompue jusqu'à sa mort, qui survint brusquement par compression probable (asphyxie subite).

Ces observations personnelles sont également calquées, les unes sur les autres et reproduisent celles que l'ontrouvera signalées dans le mémoire princeps de Vaquez et Laubry.

Nous insistons sur la parfaite tolérance du malade à l'égard du traitement quel qu'il soit, arsenical ou mercuriel. Nous faisons remarquer que la disparition des troubles fonctionnels a été constante, se maintenant pendant une période de plusieurs années et que les phénomènes mortels, paraissent indépendants d'un processus syphilitique progressif, mais en rapport probable avec des accidents subits de compression qu'on ne saurait éviter dans toute tumeur médiastinale.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES AUTRES MANIFESTATIONS DE LA SYPHILIS CARDIO-VASCULAIRES

I° Pouls lent

En dehors des aortites et des anévrismes il n'est pas d'affection cardiaque qui porte davantage la signature de la syphilis. Toutes les maladies de Stokes Adam par dissociation auriculo-ventriculaire que nous avons eu l'occasion d'examiner ou de soigner, alors même que les antécédents syphilitiques étaient inconnus et que la réaction de Wassermann était négative, ont obéi à notre traitement dans un sens aussi favorable que les aortites. Disons tout d'abord que ce traitement à été toujours bien supporté, que nous n'avons pas observé de mécomptes très probablement pour la raison que l'altération du faisceau de His n'indique qu'une insuffisance cardiaque partielle et un myocarde localement déficient.

Nous rapportons trois observations types à cet égard, qui sont autant d'exemples des modes de réaction favorable de l'affection, sous l'influence du traitement spécifique.

Obs. I. — M. D., âgé de cinquante-deux ans, vient consulter notre maître le Dr Laubry pour des vertiges qui datent près de six ans et qui se sont peu à peu aggravés au point de provoquer des syncopes. Dans les deux dernières années ces syncopes se suivent tous les mois, surprennent le malade à l'improviste au lit, à table, au travail. Le malade les a subis sans les expliquer et sans faire aucun traitement.

A l'examen on constate une dilatation aortique manifeste avec matité « en casque » avec deuxième souffle de la base, un pouls régulier battant entre 32 et 34 à la minute, et les tracés cardiaque et jugulaire pris le lendemain de l'examen, révèlent une dissociation auriculo-ventriculaire totale, les oreillettes battent à 72 sans connexion aucune avec les battements ventriculaires qui sont à 32.

Bien que le malade nie tout antécédent syphilitique, l'existence de la lésion aortique concomitante, un myosis et une leucoplasie comissurale et le Wassermann positif, ne laissent aucun doute sur l'origine de son pouls lent. Il est mis aussitôt au traitement tel que nous l'avons indiqué. Il subit trois séries pendant une année et aujourd'hui le bilan de notre observation peut se résumer ainsi : persistance des signes objectifs et de la bradycardie avec tous ses caractères, mais suppression totale des accidents syncopaux, qui rendaient la vie active impossible et reprise complète de la profession.

Entre temps notre malade souffrait d'une iritis spécifique qui est en voie de complète guérison (Dr Dupuis-Dutemps).

Obs. II. — Première phase : *Bradycardie partielle.* — Nous

avons affaire à un malade en pleine crise épileptiforme avec des arrêts du pouls de 30 secondes et un pouls irrégulier qui descend jusqu'à 7 pulsations à la minute et qui ne dépasse pas 15 à 17 à la minute. Le Wassermann étant partiellement positif, le malade ayant eu une éruption à l'âge de vingt ans, on lui avait dit qu'il s'agissait de la petite vérole, nous fait penser à la spécificité. L'état du malade est si grave, il vient d'avoir une syncope de deux minutes que, au désespoir, nous proposons à la famille un traitement de cyanure intra-veineux, les autres médicaments n'ayant pas modifié son état. Après la prèmière injection de cyanure le jour même, les crises syncopales ont disparu, le malade demande à faire une partie de Jacquet. Il est tout à fait étonné de voir autour de lui des figures dont l'inquiétude générale l'intrigue et qu'il ne peut pas s'expliquer. Il fait remarquer qu'en dehors des crises sa lucidité est intacte et qu'il ne souffre de rien. Les crises épileptiformes ont été arrêtées brusquement par le cyanure. Voilà le fait brutal qu'il faut retenir de cette observation. Cet effet magique a coïncidé avec l'injection de cyanure. Loin de nous l'idée étrange de croire qu'une gomme du faisceau de His a été instantanément dissoute et guérie, mais le fait en lui-même vaut plus que toute hypothèse hasardée et incertaine. Les jours suivants nous avons ajouté au cyanure le lipiodol. Le pouls du malade et l'état général s'améliorent au fur et à mesure. Avant que son pouls se stabilise et se régularise le malade nous a fait différents troubles du rythme et plusieurs crises de tachysystolie auriculaire.

Deuxième phase : *Bradycardie totale.* — L'état général du malade est parfait, nous reprenons un trace, constatons

que la dissociation auriculo-ventriculaire est définitive, le pouls battant à 24 à la minute, avec un tracé jugulaire typique à 70. Le malade a repris ses occupations. Il y a dix ans que nous le suivons et que nous le traitons de temps en temps, avec du cyanure et lipiodol. A cause de sa tension artérielle qui reste autour de 20 nous avons hésité — peut-être à tort — de lui faire du néosalvarsan.

Au commencement et pendant la guerre, il a subi et supporté avec succès les plus fortes émotions que nous lui défendions systématiquement. Il a vu à Lille sa maison détruite par les obus allemands, sa fille accouche dans les ruines de son immeuble, il a été emmené en captivité en Allemagne où il a supporté les privations les plus dures du camp de concentration ; il est revenu en 1918 pour subir le traitement habituel. Le pouls est tel, que nous l'avons constaté avant la guerre, tension 20 à 21 systolique, 10 diastolique. Etat général toujours très bon.

Obs. III (observation des professeurs Vaquez et Widal). — M. G. V. ., soixante-dix ans, est pris subitement de vertiges et syncopes qui l'empêchent de rester debout. Nous examinons le malade dans son lit et ce qui nous frappe d'abord c'est la lenteur du pouls qui est environ à 22-24 à la minute, régulier. A l'auscultation le cœur bat lentement sans altération de bruit et de temps en temps nous entendons des extrasystoles en écho.

Le diagnostic clinique et absolument confirmé par le diagnostic cardiographique.

Nous obtenons un tracé tout à fait typique de dissociation auriculo-ventriculaire.

Nous instituons sous la direction de nos maîtres Vaquez et Widal un traitement antisyphilitique d'autant plus que le malade avoue du spécificite, qui dit-il, a été traité il y a quarante ans, par des pillules qu'il a pris pendant quatre années.

Fait remarquable : Six mois après une cure intensive le pouls du malade est revenu absolument à la normale, et *le tracé nous montre que la dissociation auriculo-ventriculaire est complètement guérie.*

Nous pourrions ajouter d'autres observations calquées sur les précédentes, qui auraient sur elles l'infériorité de n'avoir pas été poursuivies pendant plusieurs années, et où les améliorations relevées pendant la première période de traitement, comme nous avons pu les suivre, permettent d'en tirer les mêmes conclusions qui sont les suivantes :

Tantôt le traitement longtemps poursuivi agit sur la bradycardie totale au point d'en amener la guérison complète, c'est-à-dire la disparition des troubles fonctionnels ; et le retour du rythme à la normale. Tantôt le traitement n'amène qu'une guérison incomplète, mais nous paraissant hâter le passage d'une bradycardie partielle, à une bradycardie totale, c'est-à-dire amener ce rythme régulier dû à l'automatisme ventriculaire, qui exempte le malade des accidents graves syncopaux et lui permet une vie ralentie mais suffisante. Tantôt enfin, il arrête dans son évolution une sclérose ou une gomme du faisceau de His, et par cette stabilisation des lésions il semble avoir sur la

symptomatologie fonctionnelle, une action des plus favorables et des plus bienfaisantes.

On peut ainsi établir un parallélisme entre l'effet du traitement sur le pouls lent et sur les aortites : ici comme là, en dépit des signes objectifs persistants, la symptomatologie fonctionnelle est toujours nettement influencée.

II. Artérite

Dans une communication remarquable avec son interne Bricout, M. Vaquez a insisté, sur la nécessité de pratiquer systématiquement le traitement syphilitique dans tous les cas d'artérite périphérique, alors même qu'une enquête minutieuse et qu'un examen concomitant ne décelaient pas la syphilis.

Nous connaissons la plupart des malades dont les observations font l'objet de cet importante mémoire. Nous en avons même traité quelques-uns et nous avons le souvenir d'un d'entre eux atteint de douleurs paroxystiques dans les membres inférieurs, avec phénomènes gangréneux d'une des extrémités et dont les crises étaient à ce point calmées par le traitement mercuriel, qu'il revenait périodiquement dans le service afin de s'y soumettre. Cependant chez lui rien n'autorisait à penser à la syphilis. Les deux observations personnelles que nous rapportons sont à peu près de même ordre et conduisent aux mêmes conclusions.

Obs. I. — M. X..., quarante-deux ans. Vient consulter le Dr Laubry pour des douleurs violentes de jambe droite qui durent depuis plusieurs années et qui s'exacerbent au point que la marche devient impossible. La façon dont surviennent ces crises et typique et imposerait elle seule le diagnostic. Elles sont soudaines et surviennent toujours au moment de la marche, d'abord après quelques centaines de mètres ; plus tard après quelques pas, une crampe terrible survient dans le mollet et le malade est forcé de s'asseoir et de ne faire aucun mouvement. Tous les traitements symptomatiques : air chaud, massage, bains de lumière, cure hydro-minérale à Aix-les-Bains sont demeurés inactifs. De fait, l'examen ne révèle qu'un minimum de symptômes. L'aspect des deux membres est identique. Il existe peut-être du côté malade une diminution de température et il est difficile d'établir entre les battements de la pédieuse à peine perceptible des deux côtés une asymétrie caractéristique. Ce n'est que par la méthode oscillométrique qu'il est possible d'établir un diagnostic. Alors qu'au membre gauche la tension artérielle au Pachon est de 19/9 et comparable à celle du membre supérieur, au membre droit la tension artérielle ne marque que 14 avec des oscillations de très faible amplitude.

Il s'agit donc bien d'une artérite périphérique. Le malade nie tout antécédent syphilitique, mais le Wassermann est positif. Le malade est soumis aux injections intraveineuses de cyanure et de lipiodol et au bout de la première série il accuse une amélioration manifeste. La guérison complète sinon définitive survient après la deuxième série.

Obs. II. — Notre collègue et ami le Dr de Carvalo nous

adresse un malade qui s'est présenté à la consultation chirurgicale de Saint-Louis pour varices internes.

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, employé de commerce, se plaint de crampes extrêmement douloureuses dans les mollets. Ces douleurs n'apparaissent qu'avec la marche et elles cessent au repos. Comme son métier l'oblige à rester debout il les attribue à des varices internes.

A l'inspection nous ne constatons aucune trace de varices externe ni interne.

Par contre, au toucher, nous sommes saisi de la température glaciale des deux extrémités avec une hyperémie très nette des deux doigts de chaque extrémité et le malade nous affirme que parfois ils sont gonflés.

Tension artérielle 19-20 systolique et 9 de diastolique (Ap. Vaquez) aux membres supérieurs. Aux membres inférieurs la tension diffère de deux degrés, elle est de 21 à droite, 19 à gauche avec une diminution notable des oscillations (Ap. Pachon). Le malade présente un myosis des plus caractéristique. Cette contraction pupillaire nous pousse à lui faire un examen de sang et nous constatons un Wassermann positif.

Le traitement de néosalvarsan et cyanure intraveineux a amélioré l'état général du malade et fait disparaître complètement les crampes douloureuses.

Les faits que nous apportons, ajoutés aux observations du mémoire de MM. Vaquez et Bricout sont tellement nets, la relation de la cause a effet est si frappante, que nous pensons que l'hésitation d'appliquer de suite le traitement antispécifique serait

une faute impardonnable. Nous disons *de suite* car le succès du traitement est en rapport avec la précocité du diagnostic.

Dans le service de notre maître Vaquez un des malades qui fait l'objet du travail si intéressant de MM. Vaquez et Bricout, souffrait atrocement surtout la nuit, de douleurs que rien ne calmait, même les injections, répétées de morphine. Or, ce que n'avaient pas fait les hypnotiques, le traitement tel que nous l'avons préconisé, l'effectua. Il est à noter que cette action sédative de la méditation, s'exerce rapidement, plus vite que l'action vraiment curative sur l'artérite. Il faut du temps, des mois et même des années d'immobilisations pour obtenir la cicatrisation de la gangrène.

En tout cas, diagnostic précoce et traitement immédiat quel que soit le résultat de l'examen du sang, voilà la loi qui doit nous diriger dans la syphilis vasculaire périphérique.

III. Les insuffisances cardiaques.

Le succès du traitement spécifique n'est pas aussi franc et aussi légitime lorsque le malade est en état d'insuffisance cardiaque imminente ou avérée. Nous avons vu dans un précédent chapitre, que cette insuffisance cardiaque était le point important dans le diagnostic de l'aortite, dominait les indications thérapeutiques et la marche prudente à suivre, marche qui consistait à combiner dans de justes proportions

et en tenant compte des réactions du sujet le traitement symptomatique et le traitement spécifique.

D'une façon schématique on peut dire que ces syphilis valvulaires compliquées d'insuffisance cardiaque, peuvent être rangées sous quatre rubriques : 1° les aortites avec hypertension manifeste, distension cardiaque et bruit de galop ;

2° Le pouls alternant ;

3° L'arythmie perpétuelle ;

4° Les asystolies avec congestion viscérale.

* * *

1° **Les hypertensions artérielles.** — C'est encore dans ce cas que le traitement a chance de donner une rémission manifeste.

Obs. I. — M. N..., cinquante-huit ans, se plaint de dyspnée d'effort, douleurs précordiales et surtout de maux de tête qui surviennent au milieu de la nuit ou vers 5 heures du matin. Il nie toute affection antérieure sauf une éruption assez suspecte vers l'âge de vint-cinq ans.

A l'auscultation, on entend un deuxième bruit à la base en coup de marteau mais pas de souffle ni à la pointe, ni à la base.

A la percussion pas d'augmentation notable de l'aire cardiaque.

A l'écran : très légère augmentation du diamètre de l'aorte. Cœur : augmentation de volume. Ventricule gauche bombé. Tension artérielle systolique 26, diastolique 10 (Ap. Vaquez).

La réaction de Wassermann négative dans le sang, positive dans le liquide C. R., dans lequel on constate une lym-

phocytose notable. Une série d'injections de cyanure d'Hg associé au lipiodol, améliore considérablement l'état général du malade et la tension baisse à environ 21. Entre les séries de cyanure nous avons fait aussi trois ou quatre injections de néosalvarsan sans dépasser la dose de 0 gr. 25. Mais de tous les médicaments c'est le lipiodol qui a une action plus rapide et efficace.

Obs. II. — M... C..., cinquante ans, n'accuse aucune sorte de douleur que peut-être un léger essoufflement et surtout une fatigue qui se déclare après un effort minime. Spécificité avouée et même traitée selon les méthodes d'il y a trente ans.

A l'auscultation bruits assourdis, un deuxième bruit de la base légèrement prolongé. A la percussion matité en casque, l'aire ventriculaire augmente de volume. Nicturie, pas de céphalée.

Tension 25 systolique, 14 diastolique (Ap. Vaquez).

Traitement lipiodol et cyanure par des séries de dix piqûres une tous les deux jours. Le succès a été chez ce malade des plus heureux car les deux tensions ont baissé, la systolique à 17-18 et la diastolique à 10, amélioration constante.

Obs. III. — Madame C..., trente-cinq ans, vient nous consulter pour un amaigrissement continuel, et des insomnies tenaces.

Rien dans les antécédents, pas de scarlatine autant que la malade se souvient.

A l'examen général on est impressionné de l'amaigrissement qui donne à la malade l'allure d'une vieillarde de quatre-vingt-dix ans. La peau est flasque et tombante, la chair

molle et sans aucune résistance. L'examen du cœur ne montre à la percussion et auscultation presque rien d'anormal. Le pouls est rapide.

L'examen du sang donne un résultat partiellement positif, et c'est ce résultat qui nous conduit à essayer chez notre malade le traitement spécifique, cyanure, lipiodol et le néo-salvarsan. Azotémie 1 gr. 80.

Bien que le traitement a été parfaitement supporté et que certains troubles ont disparu, l'amaigrissement a continué et dans quelques mois la malade a succombé. Les saignées seules rendaient une amélioration fictive. En dernier moment elle nous a fait des poussées congestives et des hémorragies intestinales et pulmonaires, aucune complication du côté cérébral.

La tension artérielle de 27 systolique et 14 diastolique, Ap. Vaquez, n'a pour ainsi dire bronché sauf après des saignées de 500 à 600 grammes, lègère diminution pour remonter après au delà de 27, parfois 29 et 30 degrés.

Obs. IV. — M. V..., cinquante-deux ans, spécificite avouée, contractée et soignée à vingt ans, présente actuellement de la suffocation nocturne accompagnée d'angoisse. Grosse instabilité cardiaque.

A l'examen clinique, cœur et aorte augmentés de volume. Tendance à la tachicardie. Tension artérielle, 25 systolique, 12 diastolique.

Après une série d'injections intra-veineuses de cyanure et iodo-bromure, entre l'intervalle des piqûres, le malade ne présente plus de troubles, régularisation totale du pouls, plus de tachycardie et la tension se stabilise autour de 20 degrés.

Obs. V. — M. B..., soixante ans, vient nous consulter pour des crises de suffocations qui le prennent subitement en pleine santé : c'est l'expression du malade. Ces suffocations se déclarent surtout après de fortes émotions ou des repas copieux. Les deux dernières crises se sont déclarées, une au théâtre et l'autre dans un restaurant et ce n'est que grâce à une saignée faite immédiatement et une injection de morphine que le malade échappe à la mort. Une toux abondante accompagnée d'expectoration « jus de pruneaux » et deux à trois jours de fièvre après chaque crise et puis tout rentre en ordre.

A l'examen nous avons affaire à un homme très robuste, très pâle, sans aucun indice de l'état perpétuellement sérieux dans lequel il se trouve. Le malade a consulté Ricord pour un chancre de la verge, considéré comme chancre mou qui d'ailleurs s'est guéri très rapidement. Une dizaine d'années après il a été obligé de s'adresser à un médecin pour des lésions de la face palmaire, qui lui a affirmé qu'il s'agit de syphilides psoriasiformes. Il s'est traité avec le docteur Fournier.

Actuellement le malade présente le cœur augmenté de volume, un souffle systolique à la pointe (insuffisance mitrale fonctionnelle) et un souffle diastolique à la base (insuffisance aortique). Tension artérielle, 26 systolique, 11 diastolique. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, sauf les crises de suffocation dont nous avons parlé plus haut.

Le malade a subi plusieurs séries de cyanure d'Hg et néo-salvarsan et il se trouve capable de vaquer à ses occupations.

Obs. VI. — M. C..., cinquante-six ans, vient nous consulter pour faiblesse générale, insomnie, palpitations et

amaigrissement. En nous montrant sa poitrine il nous dit que parfois il a la sensation qu'il y a quelque chose qui se déchire dedans.

Cinq membres de sa famille, père, frère, sœurs et oncle sont morts subitement entre cinquante et cinquante-cinq ans.

A l'examen clinique nous avons affaire à un malade dont les yeux humides sans vie et les temporales sinueuses très apparentes, facies amaigri nous frappent. Il est en pleine tachy-arythmie sans qu'il y ait de la stase veineuse, nous avons l'impression que les jugulaires se vident régulièrement et que les battements auriculaires ne sont pas abolis. A la percussion, cœur et aorte augmentent de volume, pointe abaissée, bruit de galop qu'on entend nettement lorsque le pouls est régulier, souffle d'aortite. Y a-t-il un souffle diastolique ? il nous est difficile de l'affirmer.

Tension artérielle 26-27 systolique, 14 de diastolique. Trace d'albumine dans les urines. Wassermann partiellement positif.

Chez ce malade en plein traitement nous avons été obligé de faire une piqûre de cyanure tous les deux jours et en plus, de donner de l'iodo-bromure le jour de repos, pour calmer l'excitation, et l'agitation continuelle du malade.

Et en effet, il commence à dormir quelques heures et il supporte bien le traitement. Le pouls est régulier et nous attendons les événements car il s'agit dans ce cas d'une hérédité vasculaire qui généralement ne pardonne pas.

On voit avec quel soin nous avons choisi nos observations. Nous n'avons signalé dans ce chapitre, que celles dans les quelles la tension systolique dépassait

25 et où la tension diastolique était élevée, où en même temps, il y avait une tachycardie permanente avec bruit de galop et souffle systolique, distension ventriculaire, tous signes indiquant indubitablement la participation ou la déchéance du myocarde. Dans ces cas, bien que l'azotémie ne fut pas manifeste, il y avait cependant une constante d'Ambard élevée et cependant deux faits sont à relever, et se dégagent de nos observations, à savoir, la tolérance assez grande des cures mercurielle ou arsénicale et le soulagement relatif consécutif à celle-ci. Certes, nous n'avons pas obtenu la sédation des crises douloureuses aussi rapidement ou d'une façon aussi durable, que dans les observations précédentes, et nous devons cet échec relatif à ce que très probablement les phénomènes douloureux et dyspnéiques étaient moins le résultat d'un processus spécifique, que de phénomènes de distension consécutifs aux crises vasculaires si fréquentes chez les hypertendus. Il n'en est pas moins vrai, que nous avons l'impression d'avoir retardé chez nos malades une évolution fatale, provoqué souvent une légère diminution de leur tension artérielle, et que nous sommes de ce fait encouragé à prescrire et à conseiller le traitement dans tous les cas analogues. Une des contre indications et une des causes d'échec et de pronostic grave est la coexistence d'azotémie, dans ces hypertensions avec aortite syphilitique. Nous avons en mémoire deux faits où très probablement le traitement est intervenu trop tardivement, dans une période d'azotémie confirmée, a été mal

toléré par les malades, ce fut chez eux l'occasion très probable de poussées albuminuriques et azotémiques Le traitement dans ces cas a dû céder la place à un traitement purement diététique, impuissant lui-même à enrayer l'issue fatale.

* * *

2° **Le pouls alternant.**—Nous croyons comme l'a dit Heitz que cette arythmie qui indique un trouble profond du myocarde et un trouble de la contractilité cardiaque se rencontre avec assez de fréquence chez les syphilitiques. Nous l'avons nous-même observé dans deux conditions différentes.

Ou bien il s'agissait de grands hypertendus dans lesquels la tension systolique dépassait au Pachon 28 degrés et chez lesquels les oscillations de l'appareil recueillies au voisinage de cette tension maxima indiquaient une alternance manifeste qui disparaissait à mesure que la compression du brassard diminuait. Ou bien il s'agissait d'une alternance vraie, définitive, perceptible au palper, visible sur les tracés de l'artère radiale et ne s'accompagnant pas d'hypertension.

Dans ces deux cas le pronostic était grave et le traitement n'a donné aucun résultat. La raison en est très probablement que le trouble de la contractilité cardiaque est définitif, la déchéance myocardique avancée, la complication trop grande pour être enrayée.

Voici deux observations que nous avons pu suivre et chez lesquels le traitement forcément imparfait et

incomplet n'a pu que retarder d'une façon douteuse l'éclosion des accidents asystoliques :

Obs. I. — M... cinquante-deux ans, chancre à vingt ans, soigné pendant plusieurs années par le docteur Darier. Vient consulter en février 1918 le docteur Laubry pour des accidents d'oppression, de dyspnée d'effort, accompagnés de temps en temps d'un léger œdème malléolaire. Tension 26/15 au Vaquez, 29/17 au Pachon. Alternance très manifeste, avec pression de 22 à 27 : bruit de galop, souffle systolique de la pointe, retentissement diastolique avec léger souffle diastolique. Traitement symptomatique par la théobromine et la digitaline. Ce dernier précédait une série d'injections intraveineuses de cyanure de 12 injections. Amélioration très atténuée des accidents permettant au malade, représentant de commerce, de vaquer à ses occupations. Reprise au bout d'un mois des mêmes troubles, essaye le traitement mixte arsenical et mercuriel assez bien toléré, sans cependant qu'on observe une diminution des œdèmes malléolaires. Le malade continuant toujours ses occupations. Deux mois après début des accidents de congestion viscérale, hépatique, pulmonaire avec anasarque que rien ne peut enrayer.

Obs. II. — M..., docteur en médecine-hypertension avec néphrite sans azotémie, distension cardiaque, bruit de galop ; antécédents spécifiques et alcooliques avoués. L'albumine qui paraît avoir été la note prépondérante chez ce malade après avoir dépassé le taux 5-6 se montre environ à 1 gr. 5 à 2 grammes. La tension est de 30/15 au Pachon. L'alternance est très nette quand on maintient dans la manchette

oscillométrique une pression supérieure de 20 centimètres. Les tracés recueillis à l'humérale par le procédé de Mougeot montrent avec cette tension l'alternance indubitable, alors qu'au sphygmographe elle n'est pas décelable. Le malade supporte très mal toute espèce de traitement mercuriel. On est obligé chez lui d'espacer les piqûres intraveineuses tous les trois ou quatre jours. Encore n'observe-t-on à leur suite aucune influence sur la tension artérielle et plutôt une recrudescence de l'albumine. Le repos, la théobromine, de petites doses espacées de digitale permettent seuls un équilibre qui ne tarde pas à être des plus instables et à faire place à une asystole confirmée.

* * *

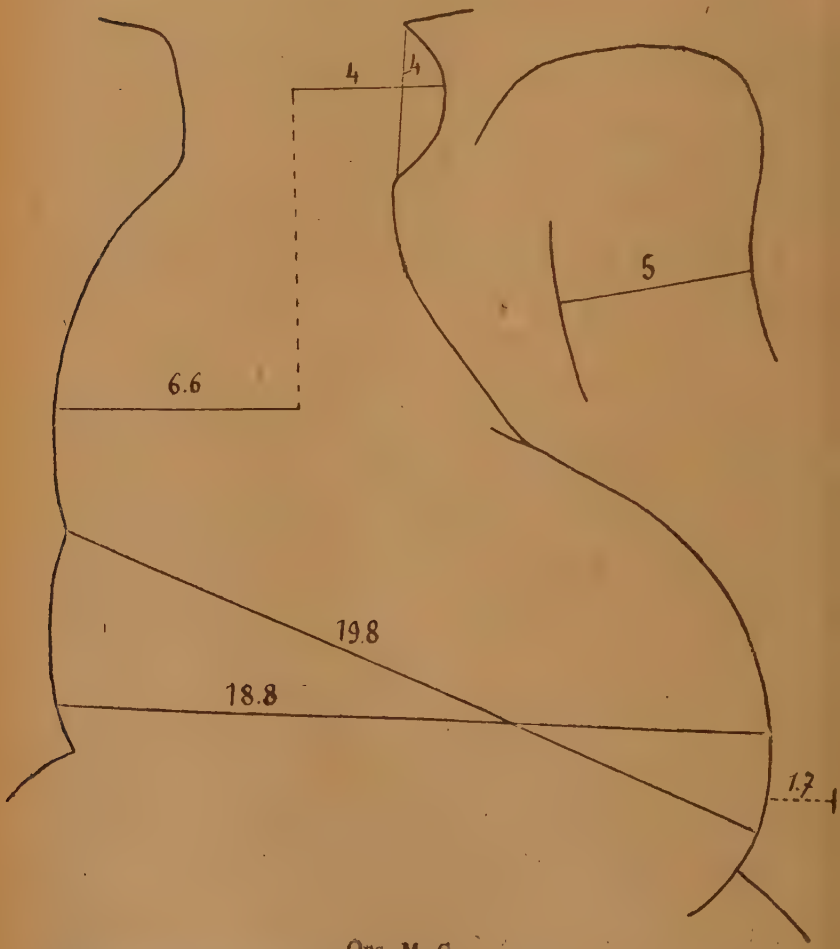
3° **Arythmie perpétuelle.** — Avec l'arythmie perpétuelle nous arrivons à un stade nouveau et confirmé de l'insuffisance cardiaque qui, résume et concentre tous les troubles arythmiques que peut présenter le myocarde : excitabilité, contractilité, conductibilité. Cependant ils se mêlent dans des proportions diverses, ce qui peut-être explique le pronostic différent que comporte chaque variété d'arythmie perpétuelle, et leur façon souvent contraire et paradoxale de se comporter à l'égard du traitement spécifique. Tandis qu'avec les unes nous pourrions formuler les mêmes réserves que nous avons présentées à propos de certains grands hypertendus, ou de l'alternance, et dire que le traitement spécifique aggrave plutôt la maladie qu'il ne la soulage ; dans d'autres, au contraire, on peut affirmer que le traite-

ment agit comme le meilleur soutient et le meilleur tonique du myocarde.

Négligeant les observations concernant les arythmies perpétuelles réellement syphilitiques, soit primitives, soit consécutives à des myocardites avec hypertension et marquant le terme ultime de la maladie, dans lesquelles toutes les tentatives de traitement spécifique ont été vouées à un échec lamentable, nous rapporterons une observation typique qui suffit à elle seule à encourager les mêmes tentatives malgré le degré d'arythmie.

Obs. I. — M. G..., artiste dramatique, âgé de cinquante et un ans, vient nous consulter pour des suffocations et vertiges. Ces suffocations ne sont pas continuelles, elles sont provoquées par la marche prolongée, ou le moment quand il rentre en scène. En dehors de ces moments désagréables, comme les a baptisés notre malade il ne se plaint de rien. Sa figure est calme, pas de dyspnée ; par contre son pouls est complètement et continuellement arythmique de 90 à 120. L'inscription du pouls et de la jugulaire montre qu'il s'agit bien d'une arythmie complète. La matite précordiale est énorme. A l'auscultation double souffle à la base, pas de bruit de galop, congestion du foie. Au rayons X nous constatons un cœur de 20 centimètres et une aorte de 5 centimètres, comme on peut se rendre compte de la figure ci-jointe. On peut dire que c'est un tracé typique de syphilis cardio-aortique. La tension artérielle est de 15 systolique ; certains battements ne sont éteints qu'avec une pression de 17, comme il arrive dans les arythmies complètes

on a deux tensions systoliques. La diastolique est de 10 à 11. A cause des antécédents héréditaires et personnels nous instituons un traitement de cyanure en dehors des traite-



Obs. M. G...

ments digitaliques et le malade qui avait dû cesser son travail, continue à jouer comme d'habitude. L'effet du cyanure a été immédiat, les suffocations et les vertiges sont disparus.

L'arythmie persiste mais le pouls est de 70-80.

4° **Asystolie confirmée.** — Il s'agit de malades atteints d'œdème, d'anasarque, de stase viscérale et voués à des traitements digitaliques ou toni-cardiaques répétés et qui sont suivis de moins en moins d'effet. Doit-on renoncer dans ces cas à tout essai de médication spécifique ? Il ne le semble pas. Certes la médication arsenicale doit être proscrite, mais le traitement mercuriel et iodé a encore ses indications et ses succès relatifs.

Pour peu que le malade le supporte on peut obtenir des arrêts éphémères mais indubitables dans la marche des accidents asystoliques et bien souvent il nous a semblé qu'une médication digitalique ou ouabaïnique, qui avait été seule impuissante à provoquer la diurèse, se trouvait renforcée et se montrait active lorsqu'elle était combinée avec une série d'injections iodées ou de cyanure.

CONCLUSIONS

De l'analyse de cette thèse où nous avons tenu à n'apporter que nos documents personnels, il semble se dégager les conclusions suivantes :

1° Le traitement spécifique de la syphilis cardio-vasculaire quel que soit l'âge, le degré, ou les manifestations ne comporte aucune contre-indication générale mais seulement des contre-indications d'espèce ;

2° Il s'impose dans toutes les aortites compliquées ou non d'anévrisme évoluant sans symptôme manifeste de syphilis ou d'insuffisance cardiaque concomitante ;

3° Dans les cas typiques il a toujours donné entre nos mains des succès indubitables, marqués soit par la régression manifeste des troubles fonctionnels, soit par leurs arrêts durables, soit même par l'amélioration et la régression des troubles objectifs décelés fréquemment par l'orthodiagraphie plus rarement par la clinique ;

4° Les succès enregistrés à l'actif de la médication spécifique peuvent être comptés aussi bien dans l'action de la médication mercurielle, que de la médication arsenicale. Toutes deux peuvent et doivent être poussées d'une façon intensive, persistante et prolongée.

5° Le traitement syphilitique s'impose également chez les sujets atteints de syphilis artérielle en imminence ou en état d'insuffisance cardiaque, mais il doit être conduit dans tous les cas avec prudence et ménagement et à la faveur d'un traitement toni-cardiaque aproprié ;

6° Les résultats de la médication mixte ainsi comprise sont moins immédiats, moins brillants, moins durables et moins nets que dans les cas précédents ; ils sont néanmoins indubitables et se traduisent par la sédation de certains troubles fonctionnels gênants (dyspnée d'effort, crises syncopales du pouls lent), par un arrêt dans l'évolution des accidents sous-asystoliques ou asystoliques, mais dans tous les cas l'efficacité de la médication est subordonnée à la déchéance de la fibre cardiaque, à sa susceptibilité plus ou moins grande à l'égard de la médication spécifique, à l'intensité du traitement qu'elle peut tolérer ;

7° En tenant compte de cette dernière considération on peut dire que les arythmies qui obéissent le moins au traitement syphilitique, sont celles qui indiquent un trouble profond de la contractilité cardiaque, à savoir le pouls alternant et l'arythmie perpétuelle.

Le Président de la thèse,
VAQUEZ

Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

La marche à suivre du traitement. — Selon nécessité on peut diminuer le nombre des injections, soit de cyanure, soit de néosalvarsan, soit des deux médicaments. On peut commencer *ad libitum* avec le cyanure ou avec le néosalvarsan.

I.	Néosalvarsan	0 gr. 15
1 2	Cyanure d'Hgr	0 gr. 01
II.	Néosalvarsan	0 gr. 20
3 4	Cyanure d'Hgr	0 gr. 01
III.	Néosalvarsan	0 gr. 25
5 6	Cyanure d'Hgr	0 gr. 01
IV.	Néosalvarsan	0 gr. 30
7 8	Cyanure d'Hgr	0 gr. 01
V.	Néosalvarsan	0 gr 45
9 10	Cyanure d'Hgr	0 gr. 01
VI.	Néosalvarsan	0 gr. 45
11 12	Cyanure d'Hgr	0 gr. 01

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre premier

Pages

Nos méthodes de traitements 13
Injections mercurielles 14
Injections arsenicales 17
Traitement mixte 19
Traitement ioduré 19

Chapitre II

A) Indications générales de traitement des aortites 21
B) Les effets du traitement dans les aortites 26
1er Groupe : Aortite sans anévrisme. — Troubles fonctionnels purs (angine de poitrine symptomatique) 27
2e Groupe : Aortite sans anévrisme avec troubles fonctionnels et signes objectifs 31
3e Groupe : Aortite et anévrisme 38

Chapitre III

Traitement des autres manifestations de la syphilis cardio-vasculaires 45
I. — Pouls lent 45
II. — Artérite 50
III. — Les insuffisances cardiaques 53

1° Les aortites avec hypertension manifeste, distension cardiaque et bruit de galop..... 54
2° Le pouls alternant..... 60
3° L'arythmie perpétuelle..... 62
4° Les asystolies avec congestion viscérale..... 65
Conclusions..... 67

Imp de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 6064-19